Opłata pocztowa uiszczana ryczałtem.

№ 11. *Warszawa, Listopad 1927 r.* *Rok XXIII.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Stosunek felczerów do innych pracowników z pośród pomocniczego personelu lekarskiego.

Dawniej jedynym wykonawcą zleceń lekarskich w szpitalu, czy ambulatorjum był felczer. Wyrażało się to w formule, iż pomiędzy łóżkiem chorego a lekarzem znajduje się felczer. Ten stan rzeczy sankcjonowała i gwarantowała ustawa lekarska z 1842 roku.

Ale „nowe czasy, nowi ludzie." Rozwój pomocy leczniczej, którą ubogiej ludności zapewnia społeczeństwo za pośrednictwem związków komunalnych, czy Kas Chorych spowodował tak znaczne zapotrzebowanie pomocniczych sił lekarskich, iż ilość ostatnich mohikanów zawodu felczerskich, obliczona zresztą według norm przedwojennych nie mogła podołać zwiększonej trosce społeczeństwa o swe zdrowie.

Na glebie tej wyrastają nowe kategorje pomocników lekarskich. Potrzeba jest matką wynalazków. Aby zadosyćuczynić potrzebie zjawiają się zastępy ad hoc przygotowanych pomocników w postaci sanitarjuszy lub pielęgniarzy obojga płci.

Z początku stawia się surowe wymagania pomocnikom lekarskim. Żąda się ogólnego wykształcenie w zakresie matury. Żąda się kilkuletnich studjów w specjalnych szkołach pielęgniarskich. Wszystko to poto, by później tak wykwalifikowany pielęgniarz (ka) mógł być jedynie narzędziem w ręku lekarza.

Oczywiście, cokolwiek tu przeholowano. Zwykły to objaw w Państwie, które życie swoje organizuje nie „na miarę krawca, ale na miarę

Fidjasza". Amatorów z tak wysokim cenzusem do wykonywania rękoczynów lub obsługiwania potrzeb fizjologicznych chorych nie wielu się znalazło. Brak sił pomocniczych lekarskich nadal pozostał dotkliwy.

Z jednej ostateczności wpadliśmy w drugą. Życie niemogło czekać, aż zjawi się dostateczna ilość pomocników lekarskich, skoro napływ kandydatów do szkół pielęgniarskich był niewielki, felczerów zaś z każdym rokiem ubywało.

Życie poszło swoim torem. Zaroiły się sale szpitalne, ambulatorja, nie gładkimi inteligentami w lot odgadującymi myśli lekarza i wypełniającymi jego polecenia, chociaż nie zmaterjalizowanych w formie rozkazu, ale zaroiły się ciężkimi pielęgniarzami, wysoko dźwigającymi swą godność, bo awansowanych z posługaczy. Przyznaje to wyraźnie w swem sprawozdaniu z inspekcji po szpitalach warszawskich Dr. Małynicz. O wiele gorzej musi się dziać na prowincji.

Żyjemy w okresie przejściowym. My felczerzy ustępujemy z pola. Pragnęlibyśmy funkcje swe przekazać godnym następcom jeżeli już nie lepszym od tych jakimi my byliśmy rozpoczynając swój zawód, to w każdym bądź razie nie gorszym. Ale na to wcale się nie zanosi.

I jeżeli ustępujemy z pola pracy zawodowej. Skoro nasz głos w sprawie zastąpienia nas nie jest wysłuchany — mamy prawo jednego przynajmniej wymagać w tym okresie przejściowym. Równego traktowania z elementem nowym, niedokształconym, niedoświadczonym.

Rozumiemy, iż w okresie przejściowym, kiedy istnieją felczerzy i nowi pielęgniarze obok siebie, nowi ludzie nie będą forytowani kosztem naszej egzystencji, kosztem pogorszenia opieki nad chorym.

Wcale jednak tak nie jest. Z chwilą pojawienia się nowych sił pielęgniarskich na horyzoncie, sił o tak różnem przygotowaniu, jak wielka jest różnica pomiędzy posługaczem a człowiekiem z maturą, felczerzy uznani zostali za całkiem zbędni w lecznictwie. Wyrzuca się ich poprostu na bruk pod różnemi pozorami; najlepszym i wypróbowanym sposobem jest reorganizacja etatów pomocniczego personelu lekarskiego.

Zjawisko rugów felczerskich posiada kwalifikację rzeczową i prawną.

Rozpatrzmy sprawę pod względem rzeczowym. Porównajmy nasze kwalifikacje z kwalifikacjami pielęgniarzy najlepszego gatunku. Wykształcenie ogólne my posiadamy również, a jak na czasy przedwojenne, z których my swój ród wywodzimy, to świadectwo z 4 klas w b. zaborze rosyjskim było przeciętnem wykształceniem każdego inteliegenta. Nie mamy więc czego się wstydzić.

Szkoła pielęgniarska. Czy jakakolwiek szkoła pielęgniarska stoi na wyższym poziomie od szkoły felczerskiej? Może uczą w niej nowych rzeczy; my postęp w medycynie śledzimy w praktyce pod kierunkiem lekarzy. Jeżeli ktoś zaryzykuje twierdzenie, iż felczerzy nie znają no-

wych zdobyczy wiedzy medycznej, tem jednocześnie dyskwalifikuje większość lekarzy, pod którym kierunkiem my pracujemy. A przecież niema mowy o odebraniu tym lekarzom prawa praktyki.

Doświadczeniem zaś przewyższamy każdą siłą pomocniczą, niezależnie od tego jak wysokie kursy pielęgniarskie ma ukończone i jak długo pracuje w lecznictwie. Nie może bowiem żaden pielęgniarz być bogatszy w doświadczenie od najmizerniejszego felczera, który legitymuje się praktyką od 1914 roku. Są i tacy felczerzy, których praktyka datuje się od czasów Apuchtina.

Prawnie zaś felczerzy są uregulowani. Zakres swoich czynności opierają na przepisach ustawowych, sięgających pomroków dziejowych, a odnowionych i potwierdzonych ustawą pierwszego Sejmu Rzeczypospolitej. Wykonywanie czynności felczerskich jest wykonywaniem funkcyj, powierzonych przez społeczeństwo. Za przekroczenie swych czynności felczerzy odpowiadają przed organami społeczeństwa, przed władzą sądową.

Jesteśmy świadkami masowych rugów felczerskich z posad. Na nasze miejsca są przyjmowani zastępcy, którzy mogą wykazać się bardzo różnem przygotowaniem, albo żadnem. Zastępcom tym powierza się wykonywanie wszelkich czynności felczerskich.

Pod względem rzeczowym masowe rugi nie są niczem umotywowane. Nie gwarantują lepszej opieki, niż dają felczerzy, przeciwnie opiekę tą dają w gorszym pod każdym względem gatunku. Pod względem prawnym jestto łamanie ustawy, która nam wyłącznie powierza wykonywanie samodzielnie pomocniczych czynności.

Czem podyktowane są te rugi? Niech na to odpowiedzą czynniki miarodajne.

O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń opłucnej.

Podał A. Roliński st. felczer Szpit. Przem. Pańsk. na Pradze.

(Dalszy ciąg).

Podobnie jak serce, ulega przemieszczeniu i przełyk oraz inne narządy t. zw. śródpiersia tylnego, co również posiada pewne znaczenie djagnostyczne.

Cóż się jednak dalej dzieje z wysiękami opłucnej? Trwają one średnio 3—6 tygodni (mowa jest o wysiękach surowiczo-włóknikowych), i w tym czasie ulegają wchłonieniu (resorbcji): płyn nagromadzony w opłucnej, wchłania się łatwo przez naczynia krwionośne i chłonne. Natomiast pozostają złogi włóknika na blaszkach opłucnej. Czyli, jak w okresie początkowym wysiękowego zapalenia, mieliśmy do czynienia

z włóknikowem (suchem), zapaleniem opłucnej, tak i w okresie końcowym mamy do czynienia z tego samego rodzaju zapaleniem. Stwierdzenie **tarcia** opłucnowego w późniejszych okresach zapalenia wysiękowego jest „dobrym znakiem“, świadczącym o wchłanianiu się płynu i przechodzeniu organizmu w okres zdrowienia.

Ze złogów włóknika, pozostającego na blaszkach opłucnej powstają początkowo zlepy, a potem zrosty, w sposób, który był szczegółowo wyjaśniony przy omawianiu suchego zapalenia opłucnej.

Podobnym zmianom, choć nieco później, ulegają również wysięki krwawe. Inny jest los wysięków ropnych, zwanych inaczej **ropniakami** opłucnej (empyema pleurae). Gęsta, spoista, śmietanowata ropa („pus bonum et laudabile“ dawnych lekarzy), wypełniająca jamę opłucną, wpływa destrukcyjnie na otaczające tkanki (płuco, ścianka klatki piersiowej). Przewidzieć można dwie najczęstsze możliwości: 1) ropa przebija się do oskrzeli i stamtąd zostanie wydalona na zewnątrz, i po krótkim lub dłuższym czasie (tygodniach lub miesiącach) następuje samowyleczenie, 2) ropa dąży do przebicia ściany klatki piersiowej; skóra nad miejscem przyszłego przedziurawienia ulega zaczerwienieniu i ścieńczeniu; w tkankach miękkich, mięśniach, tkance podskórnej zbiera się ropa; tworzy się chełbocące uwypuklenie wielkości dłoni, bolesne przy ucisku. Wreszcie skóra zostaje przebita i jama opłucnej otwarta nazewnątrz. Stan, jaki wytworzył się nazywamy **empyema necessitatis**. Przez przetokę wytworzoną w ściance klatki piersiowej długi czas, niekiedy całemi latami, sączy się ropa. Tworzenie się empyema necessitatis trwa rozmaicie długo, co zależy od jadowitości drobnoustrojów oraz od tego, czy wysięk ropny powstał odrazu samoistnie, czy też powstał z wysięku surowiczo-włóknikowego. W tym ostatnim przypadku ropa jest otoczona słabszymi lub mocniejszymi złogami włóknika; przebicie ścianki klatki piersiowej odbywa się trudniej i w rezultacie takie ropne zapalenie opłucnej całymi miesiącami nie wykazuje tendencji do tworzenia empyema necessitatis. Tworzenie się empyema necessitatis następuje z reguły na przedniej ścianie klatki piersiowej (nigdy na tylnej), najczęściej na wysokości 5—6 międzyżebrza. Przebicie ropy z opłucnej do jamy brzusznej lub przełyku należy do niezmiernych rzadkości.

Ropne zapalenia opłucnej, wywołane przez pneumokokki, czyli bakterje Fraenkla, (a więc zapalenia opłucnej, występujące jako powikłanie krupowego zapalenia płuc, oraz niektóre z t. zw. „samoistnych“ zapaleń) nie wykazują dążności do wytwarzania empyema necessitatis. Gojenie ich następuje albo na drodze przebijania się ropy do oskrzeli, i odpluwania jej, albo też na drodze samowyjałowienia się wysięku, t. j. stopniowego zatracenia cech ropnych. Wyjałowiony wysięk ulega następnie wchłanianiu przez naczynia krwionośne i chłonne. Podobnie, jak ropne zapalenie opłucnej na tle pneumokkokowem, zachowuje się również często zapale-

nie (ropne) pogrypowe. Obydwa rodzaje zapaleń (pneumokokkowe i pogrypowe) nie wymagają przeto interwencji chirurgicznej (operacyjnego przecięcia opłucnej, **pleurotomia**, wycięcia żeber i t. p.), jakie stosowane są przy innego rodzaju ropniakach opłucnowych, lecz poddają się leczeniu zachowawczemu (wypuszczanie ropy przez nakłócia). Do spraw tych powrócimy jeszcze przy omawianiu leczenia ropniaków opłucnowych.

Obecność płynu ropnego w opłucnej musi się odbić na stanie ogólnym chorych: wchłanianie przez naczynia krwionośne i chłonne jadu bakteryj ropnych wywołują znaczne osłabienie, bladość, dreszcze, gorączkę, najczęściej o typie zwalniającym (remittującym) z wahaniami 1—3^0.

Zdarzają się przypadki, kiedy płyn ropny w opłucnej ulega otoczeniu ze wszech stron przez zrosty i tworzy się zamknięta jama, wypełniona ropą, nosząca miano **otorbionego ropniaka**. Zawartość otorbionych ropniaków oddzielona jest grubemi zrostami od naczyń krwionośnych i chłonnych opłucnej, jady bakteryj ropnych nie mogą się przedostać przeto do krwiobiegu, i dlatego też ropniaki otorbione nie dają ogólnych objawów (gorączki zwalniającej), powodując tylko od czasu do czasu nieznaczne wzniesienie ciepłoty.

Tworzenie się ropniaków otorbionych bywa: 1) przy przeistaczaniu się zapalenia opłucnej surowiczo-włóknikowego w zapalenie ropne. 2) przy powstawaniu ropniaków w opłucnej, w której są zrosty. 3) przy częściowej resorbcji (wchłanianiu) ropniaka. Reszta niezresorbowana ulega otorbieniu.

Zapalenie opłucnej **posokowate** cechuje się gorączką nie bardzo wysoką; dreszcze natomiast i poty są bardzo dotkliwe, stan ogólny upośledzony, wcześnie występują objawy wyczerpania mięśnia sercowego.

Przechodzimy obecnie do klinicznej symptomatologji wysiękowych zapaleń opłucnej.

Zwracaliśmy już uwagę na objawy początkowe (kaszel, kłócie w boku, duszność). Do objawów tych dołączać się może ból głowy, brak łaknienia, ogólne osłabienie i t. p. Gorączka w okresach zbierania się płynów jest wysoka (wieczorami dochodzić może do 40^0). Gorączce towarzyszą dreszcze, często wstrząsające, powtarzające się kilkakrotnie (nie jednorazowe, jak przy zapaleniu płuc krupowem). Gdy płyn się zebrał, gorączka obniża się. Zdarzają się jednak przypadki bezgorączkowego pleuritis. Plwocina, o ile jest, ma charakter ropny, nie rdzawy, jak przy pneumonia crouposa. Tętno jest zwykle przyśpieszone. Często bywają silne poty; stałe lub okresowe. Ilość moczu jest zmniejszona.

Chory zwykle w okresie zbierania się płynu leży w łóżku. Leży na boku **chorym,** by ucisk nie utrudniał pracy płuca zdrowego przy leżeniu na boku zdrowym.

Przystępujemy do badania szczegółowego.

Przy oglądaniu widać, 1) iż chora połowa klatki piersiowej porusza się słabiej niż zdrowa. 2) iż jest ona bardziej od zdrowej uwypuklona, szczególnie w swej części dolnej i tylnej.

Przy opukiwaniu stwierdza się w tylnej dolnej części płuca wyraźne stłumienie, wzmagające się ku dołowi, ku górze zaś sięgające rozmaicie wysoko. Dolna granica chorego płuca nie daje się wypukać. Górna granica stłumienia odpowiada poziomowi płynu, nagromadzonego w opłucnej. Ponad płynem znajduje się przy niebardzo wielkich wysiękach odsunięte ku górze płuco. Płuco to zajmuje mniejszą przestrzeń niż w normie, dlatego ulega spłaszczeniu, a napięcie jego zmniejsza się (t. zw. relaksacja płuca). Zmniejszenie napięcia tkanki płucnej powoduje, iż przy opukiwaniu (ponad stłumieniem) otrzymuje się odgłos opukowy jawny, przypominający uderzenie pałeczką w bęben i dlatego zwany bębenkowym. Z przodu przy opukiwaniu również otrzymuje się stłumienie, którego poziom znajduje się niżej niż z tyłu. Ponad stłumieniem, a szczególnie bezpośrednio pod obojczykiem otrzymuje się również odgłos bębenkowy. Niejednakowy poziom stłumienia z przodu i z tyłu oraz niezmienianie się granic stłumienia w zależności od tego, czy chory leży, czy siedzi—są cechami niezmiernie charakterystycznymi dla odróżnienia wysięków opłucnej od t. zw. przesięków (transsudatum), przy których poziom płynu z tyłu i z przodu jest jednakowy i które przemieszczają się ze zmianą położenia chorego.

Po opukiwaniu chorego przechodzimy do badania t. zw. drżenia głosowego (fremitus), t.j. do stwierdzenia ręką lub uchem, przyłożonym do klatki piersiowej, drgań, jakim ulegają tchawica, oskrzela, tkanka płucna i klatka piersiowa przy głośnem wypowiadaniu przez chorego wyrazów (raz, dwa, trzy, lub 41, 42,43 i t. p.). Przy zapaleniach opłucnej, poniżej poziomu wysięku, drżenie głosowe jest **osłabione** lub zniesione całkowicie, ponieważ płyn nie przewodzi drgań. Powyżej wysięku drżenie głosowe może być wzmożone, t. j. wyraźniejsze niż w normie.

Przy osłuchiwaniu uchem słów, wypowiadanych głośno przez chorego, (ucho, którego się nie przykłada do klatki piersiowej, należy zacisnąć palcem), na poziomie płynu nic się nie słyszy. Powyżej zaś płynu—słów się nie odróżnia, lecz słyszy się dźwięki nosowe, przerywane, niewyraźne, beczące (t. zw. **kozi bek, aegophonia**). Jest to objaw b. charakterystyczny. Po opukaniu i zbadaniu drżenia głosowego przechodzimy do osłuchiwania oddechu. Otóż na poziomie wysięku i poniżej szmery oddechowe są zniesione całkowicie lub znacznie osłabione w porównaniu ze zdrową połową klatki piersiowej. Powody objawu tego objaśnione zostały wyżej. Często jednak na poziomie płynu i poniżej znajdujemy t. zw. **oddech oskrzelowy oddalony,** t.j. oddech, przypominający „ch“ mówione z głębi klatki piersiowej. Powyżej poziomu płynu można często stwierdzić szmery oddechowe zaostrzone, bardziej szorstkie, niż w normie.

Badanie narządu oddechowego skończone; zwrócić jeszcze należy uwagę na przemieszczenie granic serca, na możność wysłuchiwania tonów w miejscach nienormalnych (np. na prawo od mostka przy wysiękach lewostronnych), na opuszczenie wątroby i t. p.

Zespół objawów jest tak charakterystyczny, iż rozpoznanie wysiękowego zapalenia opłucnej zazwyczaj trudności nie nastręcza.

U dzieci jednak rozpoznanie różniczkowe między zapaleniem opłucnej, a t. zw. nacieczeniem w płucach (zapalenie płuc, gruźlica) może być bardzo trudne do przeprowadzenia. Dzięki bowiem większej elastyczności dziecięcej klatki piersiowej: 1) stłumienie poniżej wysięku może być niewyraźne (wskutek współdźwięczenia przyległych części klatki piersiowej), 2) oddech może być nieosłabiony i może nabierać charakter oddechu **oskrzelowego blizkiego,** szorstkiego, piłującego, przypominającego dźwięk „ch“, wypowiedziany bezpośrednio do ucha słuchającego. Oddech taki charakterystyczny jest dla nacieczeń opłucnej. W rozpoznaniu różniczkowem dopomaga w tych wypadkach t. zw. „objaw trojaka“ (signe de sou): do przedniej powierzchni klatki piersiowej przykłada ktoś (z otoczenia chorego lub ktokolwiek) monetę miedzianą, następnie uderza o nią drugą monetą, w tym czasie, gdy badający osłuchuje tylną powierzchnię klatki. W razie obecności płynu w klatce piersiowej badający słyszy metaliczny dźwięczny szmer, nacieczenia w płucach dają szmer głuchy, przypominający uderzenie dwóch kawałków drzewa.

U osób dorosłych w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowem zapaleń wysiękowych opłucnej wchodzą: 1) **(zapalenia płuc)** charakterystyczny oddech oskrzelowy blizki „chuchający“, wzmożenie drżenia głosowego, nagły początek, stała gorączka, plwocina rdzawa, trzeszczenia—crepitatio), 2) **nacieczenie gruźlicze** (przebieg przewlekły; objawy fizykalne jak przy zapaleniu płuc z wyjątkiem trzeszczeń; rzężenia dźwięczne i niedźwięczne), 3) **nowotwory** (objawy nacieczenia w płucach; plwocina jak galaretka malinowa, często przebieg bezgorączkowy, 4) **przesięki (transsudaty** tło: choroby serca, nerek; przeważnie bywają obustronne; poziom płynu, jednakowy z przodu i z tyłu, zmienia się ze zmianą położenia chorego. 5) **wylewy krwawe do opłucnej (haemothorax:** objawy, jak przy pleuritis exsudativa; bywa jednak po urazach. 6) zrosty (rozpoznanie różniczkowe trudne; niekiedy dawać mogą wzmożenie drżenia głosowego; rozstrzyga nakłócie próbne lub Roentgen).

Trudności djagnostyczne b. znaczne nastręcza specjalne umiejscowienie wysięku: 1) umiejscowienie wysięku we wcięciach między płatami płucnymi **(pleuritis interlobaris);** daje objawy fizykalne b. zmienne, często powoduje silne bóle w stawie barkowym. 2) umiejscowienie wysięku nad przeponą **(pleuritis diaphragmatica),** nie daje stłumienia, ani wybitniejszych zmian osłuchowych, powoduje silne bóle przy oddechu. Rozpoznanie ple-

uritis diaphragmatica i odróżnienie jego od ropni podprzeponowych (abscessus subphrenicus) nasuwa często kolosalne trudności nawet dla doświadczonych internistów.

We wszystkich przypadkach rozpoznania niepewnego zastosować należy prześwietlanie promieniami Roentgena lub nakłócie próbne.

Prześwietlenie lub zdjęcie Roentgenowskie daje dla średnich lub znacznych wysięków niezmiernie charakterystyczny obraz jednolitego zaciemnienia w dolnej części, którego zacierają się zupełnie zarysy przepony i żeber. Górną granicę wspomnianego zaciemnienia tworzy typowa półowalna linja, której najwyższy punkt znajduje się w bocznej części klatki piersiowej, najniższy w części przyśrodkowej. Linję tę można stwierdzić i wypukiem. Serce zwykle jest przesunięte w stronę zdrową.

W miarę wchłaniania się wysięku zauważyć można (przy kilku kolejnych zdjęciach lub prześwietleniach), że serce stopniowo powraca do swego normalnego położenia; następnie zaś, gdy się już wytworzyły zrosty opłucnowe, serce zostaje przesunięte w stronę po której poprzednio był wysięk.

Niewielkie wysięki powodują tylko nieznaczne zaciemnienie i osłabienie ruchów przepony.

Suche zapalenia opłucnej nie dają żadnego cienia przy prześwietlaniu, powodując jedynie osłabienie ruchów oddechowych po stronie chorej. Mimo, iż promienie Roentgena odgrywają wielką rolę w rozpoznawaniu wysiękowego zapalenia opłucnej, lecz nie mówią one zupełnie o **charakterze wysięku.**

Wysięki ropne podejrzewać można coprawda po skaczącej (remittującej) temperaturze oraz po bolesności chorej połowy klatki piersiowej przy dotyku. Jedynym pewnym sposobem pozwalającym stwierdzić, czy jest wysięk i jaki jest charakter tego wysięku, jest nakłócie próbne. Zabieg ten, wprowadzony w 6-ym dziesiątku ub. wieku przez amerykanina **Bowditch'a,** polega na nakłóciu ściany klatki piersiowej i opłucnej. Do zabiegu potrzebne są: igła (długości 5—7 cm., przekrój poprzeczny $^{1}/_{2}$—1 mm.) oraz zwykła szpryca Record'a (5—10 cm^{3}.). Szprycę i igłę wyjaławia się 15 minutowem gotowaniem. Chory znajduje się w pozycji siedzącej na łóżku lub krześle. Górną połowę ciała chorego zgina się ku przodowi, bark i łopatkę unosi się ku górze, by rozszerzyć dolne przestrzenie międzyżebrowe. Nakłócie wykonywa się najczęściej w linji łopatkowej między 7—8 żebrem. Nakłócie wykonać można i w innych miejscach tylnej lub bocznej powierzchni klatki piersiowej. Wystrzegać się należy 1) nakłócia zbyt nisko (możliwość uszkodzenia narządów jamy brzusznej), 2) nakłócia zbyt blisko kręgosłupa.

(d. c. n.).

DR. MED. K. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

BÓLE w BRZUCHU.

(ciąg dalszy)

Przy periarteritis nadosa często występuje gorączka, przyspieszenie pulsu, niedokrwistość, silne bóle stawowe, objawy ostrego zapalenia nerek i rzekomego zapalenia otrzewnej, a więc bóle w brzuchu, bolesność brzucha przy ucisku, wzdęcie brzucha, wymioty, biegunka, nawet stolce krwawe, czasem wysoka temperatura, leukocytoza, eozynofilja. Reakcja Wassermana i palpacja tętnic skóry, tętnic międzyżebrowych, mięśniowych sprawę rozstrzyga.

Przy zwykłem zwapnieniu tętnic brzusznych jak i przy phlebosclerozie resp. phlebitis chronica występują często w kilkutygodniowych przerwach, czasem prawie codziennie bóle świdrujące, uciskające lub palące o charakterze procesu rozlanego w brzuchu bez określonej lokalizacji.

Przy dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis występują co 10 — 15 minut bóle rozlane w brzuchu, szybko wzmagające się, wzdęcie, napięcie brzucha, wysokie ustawienie przepony, zatrzymywanie oddechu, bicie serca, kłucie w sercu, przyspieszenie pulsu. Bóle te często wzmagają się podczas chodzenia i uspakajają się w pozycji poziomej chorego, często występują w nocy; po wypróżnieniu nieraz ból łagodnieje; podniesienie ciśnienia krwi podczas napadu jest objawem ważnym. Często stwierdzano odruchowe parcie na mocz. Przy tętniakach aorty brzusznej wraz z dyspragia intestinalis mogą być bóle w nadpępczu.

Nieraz niepostrzeżenie przebiegają chroniczne umiejscowione zapalenia otrzewnej z jednym lub wieloma ogniskami bez płynnego lub dającego się stwierdzić wysięku jako ból rozlany lub występujący w różnych miejscach brzucha (peritonitis circumscripta neoplasmatica, tuberculosa, luetica chronica adhaesiva); nieraz mylnie w tych wypadkach rozpoznajemy zwykłe chroniczne zaparcie lub wzdęcie wskutek wiatrów, dyspepsję żołądkowo-kiszkową lub chroniczny katar kiszek.

W przypadkach t. zw. crise d'appendicite chory doznaje gwałtownego żywego bólu (jakby przebicia sztyletem) w fossa iliaca dextra w punkcie typowym, zwanym punktem Mac Burney'a t. j. po środku linji idącej od pępka do spina iliaca anterior superior, czasem nieco powyżej lub poniżej, czasem w okolicy nadpępcza lub nawet w okolicy lędźwiowej; specjalną też wrażliwość wyczuwamy nieraz w t. zw. punkcie bólowym Lanz'a znajdującym się na granicy średniej i prawej trzeciej części linea interspinalis. W niektórych przypadkach cała ścianka brzucha jest bolesna; pozatem notujemy miejscowe napięcie mięśniowe, bolesność przy palpacji per rectum lub per vaginan okolicy wyrostka robaczkowego. Notujemy tu nadwrażliwość ścianki brzucha, wzdęcie brzucha, czkawkę, zielonawe wymioty, podniesienie temperatury, przyspieszenie pulsu.

Napad ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego zaczyna się typowo: nagłym bólem w jamie brzusznej, poczem następują wymioty, wreszcie pojawia się gorączka. Ta trójca ostrych objawów, w charakterystycznych przypadkach występujących po sobie w wymienionym wyżej porządku, zaradza poraz pierwszy chorobę, której wybuch mógł się już od lat przygotowywać. Napad występuje zwykle wśród zupełnego zdrowia. Bóle mają zazwyczaj charakter kurczowych i rozpromieniają się zrazu na całą jamę

brzuszną. Dopiero w następnych godzinach ograniczają się one zwykle (ale nie zawsze) do dołu biodrowego prawego. Natężenie i trwanie bólów bywa rozmaite. W appeudicitis acuta simplex gwałtowne w pierwszej chwili, w następnych godzinach łagodnieją i po kilkunastu dalszych znikają; w appeudicitis acuta destructiva, bóle bez względu na ich natężenie w pierwszych godzinach, w następnych wzmagają się, by dojść do swego maximum w chwili przedziurawienia, poczem ustępują miejsca innym, właściwym dla zapalenia otrzewnej. Niekiedy jednak chwilę perforacji znamionuje nie najgwałtowniejszy ból, lecz wprost przeciwnie, nagłe i zupełne zniknięcie bólu. Zjawisko to objaśniamy nagłem zwiotczeniem ścian wyrostka, przed chwilą jeszcze rozdętych wypociną posokowato-ropiastą, w jamie jego nagromadzoną, która przez szeroki otwór perforacyjny nagle wylała się do jamy otrzewnowej. Nadto, gnilne rozlane zapalenie otrzewnej, w tych razach niemal nieuniknione, przebiega z dziwną euforją. Są wreszcie i takie przypadki, w ktorych okres poprzedzający przedziurawienie, jest prawie bezbolesny; chory po raz pierwszy odczuwa bóle dopiero w chwili perforacji.

W niedługi czas po kurczach chory, który dotąd skarży się na nudności, raz lub kilka razy wymiotuje spożytemi pokarmami. W przypadkach łagodnych wymioty już więcej się nie powtarzają w każdym zatem razie uporczywe wymioty w pierwszej dobie, tembardziej zaś w następnej uważać należy za objaw przemawiający za postępującą destrukcją wyrostka. W formach toksycznych (appendicitis toxica Dieulafoy) bywają wymioty krwawe fusowate t. z. vomito negro. Jest to postać bardzo ciężka cechująca się zmianą gwałtowną i głęboką ogólnego stanu, białkomoczem, żółtaczką i wspomnianemi wymiotami krwawemi; ciepłota jest nizką, puls zanikający; stan ogólny przypomina tyfus brzuszny; exitus letalis jest zwykłem zakończeniem sprawy.

W appendicitis acuta simplex gorączkę stwierdzamy już w kilka godzin od początku napadu, wahającą się około 38^0, nie trwającą dłużej jak 4—5 dni. Gorączka trwająca dłużej świadczy sama przez się o jakiemś powikłaniu, zwykle ropnem. Wowczas objawy wzmagają się, brzuch staje się wzdętym, puls szybkim. Wokoło wyrostka robaczkowego tworzy się ropień otrzewnowy, mogący rozlać się do kiszek lub do otrzewnej. W appendicitis acuta destructiva gorączka wieczorami dochodzi do 40^0, obniżając się rano o 1—2C. Zawsze niekorzystnym objawem jest dreszcz poprzedzający podnoszenie się gorączki, wskazuje bowiem albo na szerzące się niezlokalizowane ropienie lub co gorzej na ropną zakrzepicę żył (trombophlebitis purulenta).

W łagodnie przebiegającem zapaleniu wyrostka robaczkowego krzywa tętna biegnie równolegle do krzywej temperatury. Tętno szybsze niżby to odpowiadało temperaturze, przemawia za powikłaniem ropnem, podobnie jak i tętno dwubitne (Rencki). Bardzo szybkie tętno przy niskiej temperaturze jest zawsze signum mali ominis. Tętno szybsze u chorych dłuższy czas już nie gorączkujących, bywa niekiedy jedynym objawem ukrytego ropienia.

W przypadkach łagodnych wzdęcie (meteorismus) ustępuje po kilkunastu godzinach. W tym samym czasie zniknie ono samo, ale tylko pozornie, w najcięższych przypadkach appendicitis acuta destructiva zamaskowane przez silne i rozległe przykurczenia powłok brzusznych. Wskutek podniesienia się wątroby na wzdętych jelitach zdradza je wówczas zmniejszenie lub brak stłumienia wątrobowego, występuje też przyśpieszony powierzchowny oddech.

Wzdęcie szybko i stale zwiększające się zwykle wśród objawów funkcjonalnej niedrożności przewodu pokarmowego w przebiegu appendicitis acuta przemawia za rozszerzającym się zapaleniem otrzewnej.

Wrażliwość dotykowa wzdętego brzucha, jaką stwierdzamy w pierwszych godzinach napadu, w przypadkach łagodnych ustępuje i ogranicza się w końcu do okolicy kątnicy, by zniknąć i tu po kilku dniach. Wrażliwość przechodząca w następnych dniach w wy-

raźną bolesność dotykową nakazuje czujność. Bolesność prawej okolicy lędźwiowej, bóle wzdłuż nerwu kulszowego lub dolegliwości przy oddąwaniu moczu lub stolca kierują naszą uwagę ku wyrostkowi robaczkowemu. Duża bolesność nad całym wzdętym brzuchem świadczy o peritonitis, lecz brak bolesności nie wyklucza bynajmniej zapalenia otrzewnej.

Przy dokładnem obmacywaniu bolesnej okolicy kątnicy prawie zawsze znajdziemy bardzo bolesne i ściśle ograniczone miejsce, dające się przykryć końcem palca, leżące mniej więcej w połowie linji łączącej pępek z prawym przednim górnym kolcem biodrowym (punkt Mac Burney'a).

Punkt Lanza, leżący między prawą a środkową trzecią częścią lineae interspinalis odpowiada nasadzie wyrostka robaczkowego, a więc ujściu jego do kątnicy; punkt ten leży poniżej i nieco nazewnątrz od punktu Mae Burney'a, który trafia anatomicznie na wewnętrzny brzeg okrężniczy 4—5 cm. powyżej podstawy wyrostka robaczkowego.

Wartość patognostyczna objawu Rovsinga jest przez wielu badaczów kwestjonowana zwłaszcza tłomaczenie mechanizmu tego objawu. Podkładając prawą dłoń bod lewą okolicę lędźwiową, a lewą dłonią uciskając z przodu powłoki brzuszne, jakoby wypychamy gazy nagromadzone w zgięciu esowatem z powrotem do okrężnicy wstępującej i do kątnicy. Napór gazów cofających się, którym zastawka Bauhiniego zamyka drogę do jelita biodrowego, rozszerzać mu ujście do wyrostka i powodować ból w okolicy punktu Mae Burney'a.

Objawy Mac Burney'a i Rowsinga zawsze są stwierdzane w zapaleniu ostrem wyrostka robaczkowego; o ile brak ich przemawia przeciw rozpoznaniu appendicitis, o tyle obecność nie przemawia za tem rozpoznaniem, gdyż u wielu ludzi z zupełnie zdrowym wyrostkiem, nawet u tych, którym wycięto wyrostek, objawy te również wywołać można.

Przeczulica czyli t. zw. strefa Heada bywa w wielu przypadkach appeudicitis stwierdzoną; zajmuje ona prawą okolicę lędźwiową, sięga w górę do pępka, ku dołowi do więzu Poupart'a, gdy natomiast w adnexitis acuta nie sięga ona tak wysoko, jak tu i schodzi niżej na wewnętrzną powierzchnię uda. Pręeczulica znika powoli w miarę ustępowania objawów zapalnych w wyrostku robaczkowym. Jeżeli w odpowiednio ciężkim przypadku zniknie nagle w ciągu kilku godzin, podejrzewać należy przedziurawienie wyrostka; objaw ten jest zapewne w związku z napięciem błony surowiczej na wyrostku, rozdętym wysiękiem zapalnym.

Przykurczenie mięśni powłok brzusznych (defense muskulaire) jest odruchem wywołanym przez podrażnienie dolnych odcinków rdzenia za pośrednictwem włókien współczulnych dochodzących do wyrostka; objaw ten staje się wyraźnym dopiero wtedy, gdy i otrzewna zostaje podrażniona.

Ważniejszem niż wyczuwanie wyrostka przez powłoki brzuszne, jest badanie przez odbytnicę; ropień tworzący się w zatoce Douglasa wyczuć możemy tylko przez ściany odbytnicy, zrazu jako bolesny obrzęk ścian miednicy, potem jako wyraźny guz twardy, wreszcie chełbocący i wypuklający przednią wzgl. prawą ścianę odbytnicy.

Istnienie typowego bólu uciskowego resp. bolesność uciskowa prawego dolnego psoas, objaw Blumberga (występowanie lub wzmożenie bólów na skutek nagłego uniesienia w górę palców ręki, uciskających okolice wyrostka), nieraz promieniowanie bólów do prawej kończyny dolnej, rzadko do moszny wzmożona bolesność przy badaniu na objaw Kernig'a, wszystkie te objawy cechują proces zapalny związany z wyrostkiem robaczkowym. Przy oddychaniu chorego zauważyć nieraz można nieruchomość prawej dolnej części brzucha, brak odruchu prawej części powłoki brzusznej, odstępowanie pępka i linji białej ku stronie prawej, większe napełnienie vena circumflexa ilei, stałe zgięcie prawej kończyny dolnej w stawie biodrowym wskutek napięcia mięśniowego lub wskutek odruchowego napięcia m. psoas; napięcie mięśnia lędźwiowo - udowego (m. psoas)

powoduje konieczność już po krótkiem chodzeniu przyjęcia postawy w kierunku lekkiego zgięcia tułowia ku przodowi; wzmożenie bólu przy wyciąganiu postronka nasiennego lub przy zastosowaniu irrygacji może też skierować rozpoznanie na właściwe tory.

Rozlane zapalenie otrzewnej w przebiegu appendicitis znamionuje przedewszystkiem ból w całej jamie otrzewnej, ból występujący w chwili przedziurawienia wyrostka niekiedy tak gwałtowny, że chory omdlewa, niekiedy nawet wśród objawów ogólnego wstrząsu umiera; niekiedy bywa wprost przeciwnie w chwili perforacji nagle znikają wszelkie bóle.

Od tej chwili chory na każde, nawet najlżejsze dotknięcie brzucha reaguje bólem. Zwykle ból wzmaga się nie tyle przy powolnym uciskaniu palców wgłąb, ile przy ich nagłem unoszeniu (objaw Blumberga).

Wyraźne przykurczenie mięśni w początku ograniczone do okolicy kątnicy, następnie rozszerzające się na dalsze okolice, utrzymuje się od kilku godzin do kilku dni, w bardzo złośliwych przypadkach (sepsis peritonealis) nie występuje wcale.

W każdym wypadku po pewnym czasie czynny skurcz mięśni brzusznych ustępuje miejsca ich biernemu rozciągnięciu przez rozdęte pętle jelit (meteorismus) pozbawionych najsłabszego ruchu robaczkowego. Wskutek przejścia zapalenia z otrzewnej trzewiowej na warstwy pod nią położone, ściany jelit biernie rozdęte podlegają zaburzeniom wchłaniania i wydzielania, krążenie krwi w nich jest upośledzone, występuje czynnościowa niedrożność przewodu pokarmowego t. j. zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów, oraz częste wymioty, występujące bez wysiłku i bez zapowiadających je nudności. Treść wymiotowana, ilościowo obfita, składa się początkowo głównie z żółci, czasami z domieszką fusowatej lub świeżej krwi, w okresie późniejszym głównie z płynnych mas kałowych skutkiem przelewania się zawartości z przepełnionych jelit do pustego żołądka. Obok wymiotów dokucza choremu ciągle czkawka (singultus). Jeżeli dodamy do tych objawów gorączkę, tętno bardzo szybkie i — drobne, i t. zw. facies abdominalis, wpadnięte i podkrążone oczy, cerę ziemistą, nos zaostrzony, sinawy i chłodny, policzki zapadłe, nieruchomość pozycji, oddech szybki i powierzchowny, euforję w najzłośliwszych postaciach gnilnego zapalenia otrzewnej, indykanurję i leukocytozę, będziemy mieli w skróceniu obraz powikłania otrzewnowego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem należy mieć na uwadzę ostry nieżyt żołądka (umiejscowienie bólów w okolicy pępka, wymioty i biegunkę poprzedzają bóle kurczowe), przedziurawienie wrzodu okrągłego żołądka lub dwunastnicy (w ulcus kwaśność żołądka, częste wymioty krwawe etc., bolesność i przykurczenie mięśni powłok brzusznych powyżej pępka), cholcystitis calculosa (poprzednie napady czasem z żółtaczką, ból w podżebrzu prawem z promieniowaniem ku krzyżowi i łopatce prawej etc.), pyelits acuta (ból głównie w okolicy lędźwiowej, ciepłota odrazu wysoka), kamica nerkowa (zwykle niema gorączki, ból z lędźwi i krzyża rozpromienia się na jądro, w moczu, — o ile nie wystąpi anuria — krwinki), ileus (odrazu objawy niedrożności przewodu pokarmowego, w przebiegu appendicitis acuta — dopiero w okresie zapalenia otrzewnej, wzdęcie jelit wcześnie dające się stwierdzić i wzmożona peristaltyka), saturnismus chronicus, dur brzuszny, salpingitis i oophoritis purulenta acuta, peri i parametritis, graviditas extrauterina rupta, torsio cystae ovarii i pelveoperitonitis gonorrhoica, gruźlica kątnicy i wyrostka.

Peritonitis appendicularis może symulować occlusio intestinalis. Ból, wymioty, rozdęcie brzucha, zatrzymanie kału i gazów spotykamy w obydwu przypadkach. Jednak podniesienie temperatury najczęściej nie bywa stwierdzane w pierwszych stadjach okkluzji wzdęcie nie następuje tak gwałtownie; nadto występowanie widocznego ruchu robaczkowego kiszek stanowi jeszcze jeden element rozpoznawczy na korzyść okkluzji, w zapaleniu bowiem otrzewnej te skurcze kiszkowe nigdy nie są obserwowane.

objaw ten ma wartość tylko wówczas, gdy jest pozytywny, gdyż brakuje go u wielu chorych z okkluzją. Dreszcze przemawiają za zapaleniem otrzewnej. To samo dotyczy zaułka odbytnicowo-pęcherzowego lub odbytnicowo-macicznego: jeżeli błona surowicza brzuszna jest w stanie zapalnym, palec wprowadzony głęboko do odbytnicy lub do pochwy wywołuje na poziomie zaułka otrzewnowego silny ból, którego brak w okkluzji.

Przy appendicitis chronica i adhaesiones periappendiculares, chorzy często skarżą się na silne bóle przy wszelkich zmianach położenia; bóle te tłumaczymy sobie szybkim skurczem m. psoas wraz z jednoczesnym skurczem mięśni brzusznych; obydwa te czynniki powodują wtłoczenie wyrostka robaczkowego wgłąb jamy brzusznej; objaw ten występuje np. przy wsiadaniu do pojazdu bez pomocy rąk, przy schylaniu się, przy zdejmowaniu pończoch i obuwia, podnoszeniu ciężarów, przechylaniu tułowia wtył, przy wyciągniętej i uniesionej nodze, wchodzeniu po drabinie, przy wywoływaniu objawu Kernig'a (zrosty ku tyłowi w kierunku m. psoas), też podczas i po defekacji, przy oddawaniu moczu; bywa też promieniowanie bólów do podbrzusza, tylko w wyjątkowych wypadkach do pleców, często do prawej kończyny dolnej, szczególnie w okolicy m. cruralis, wreszcie wrażliwość na ucisk w typowych punktach uciskowych, zwłaszcza punkcie Mac Burney'a, objaw Rowsinga, bóle w okolicy krętniczo-kątniczej (regio ileocoecalis) po wlaniu wody irygacyjnej. Bolesność uciskowa w regio ileocoecalis wzrasta przy zgięciu czynnem nogi. Chory przy uciskaniu dłonią okolicy krętniczo-kątniczej czasem doznaje bólu nie w miejscu uciskanem, a w okolicy epigastrium i naodwrót ucisk w epigastrium może wywoływać ból w okolicy coecum.

Możemy mieć podejrzenie co do procesu w drogach żółciowych, jeżeli bóle występują mniej więcej w 3 — 4 godziny po obiedzie lub na godzinę przed obiadem lub przeważnie w nocy, czasem wyłącznie tylko w nocy; jednak nocne napady bólowe nie mogą być żadną patognomiczną oznaką procesu w drogach żółciowych, występują bowiem przy wrzodzie żołądka zwłaszcza przy starych wrzodach żołądkowych i szczególnie przy ulcus duodeni; również przy appendicitis chronica może występować atak bólowy w nocy. Nocne ataki bólowe z wymiotami i nieco podniesioną temperaturą bywają przy recydywujących nie ropnych zapaleniach wyrostka robaczkowego.

Przy atakach żółciowych ból występuje zupełnie nagle, często połączony jak w początku ataku z dreszczami i bardzo prędko dochodzi do natężenia maksymalnego pod prawym łukiem żebrowym. Podczas bólu rozdyma się żołądek, występują wymioty; po wymiotach bóle nieco ustępują, by po pewnym czasie znów dosięgnąć swego szczytu; bóle promieniują ku górze do prawej piersi lub do okolicy zamostkowej, szczególnie do tyłu do okolicy tylnej części wątroby i stąd do okolicy prawej łopatki, do okolicy międzyłopatkowej lub tylko do obydwu łopatek. Ból tak samo niespodziewanie ustaje, jak niespodziewanie wystąpił; jeżeli zaś powoli zaczął wzrastać, tak samo powoli dopina swego szczytu. Podczas bólu niemożliwy jest oddech głęboki; w okolicy wątrobowo-pęcherzykowej i do tyłu na wysokości mniej więcej 10—12 żebra stwierdzana jest nadwrażliwość skóry; chory skarży się na niemożność przyjęcia położenia bocznego lewego; podczas ataku bywają zawroty głowy. Duże znaczenie ma odruchowe napięcie prawego górnego mięśnia prostego, bolesność uciskowa lub przy uderzeniu w okolicy incisura hepatis na wysokości wdechu, ostre zapalenie wątroby, tarcie okołowątrobowe i urobilinuria, powiększenie woreczka żółciowego i jego bolesność.

Bolesność uciskowa może wystąpić nawet w lewej części nadbrzusza (epigastrium) w okolicy pępka zwłaszcza przy cholelithiasis przewodu żółciowego wspólnego (ductus choledochus).

Wreszcie w większości wypadków kamicy żółciowej daremnie oczekujemy wystąpienia żółtaczki zarówno przy kolce żółciowej o stosunkowo łagodnym przebiegu jak

i w procesie cechującym się gwałtownemi boleściami; wówczas za kamicą przemawia wystąpienie w obfitej ilości urobiliny (urobilinogen) w moczu. Żółtaczka występuje w wypadku, gdy kamień utkwił we wspólnym przewodzie lub gdy mamy do czynienia z obrzmieniem zapalnem śluzówki dróg żółciowych, mającem za punkt wyjścia zapalenie pęcherzyka żółciowego i cholangitis secundaria ew. hepatitis.

Kolkę wątrobianą często poprzedzają objawy niepokojące chorego i jego otoczenie. „Będę miał napad", mówi często chory, mam dreszcze, nudności, pieczenie żołądka. Czasem poprzedza atak lekkie zabarwienie żółtawe białkówki. Bywają też wypadki, wprawdzie rzadkie, w których tylko autopsja może ustalić rozpoznanie.

Napad może zacząć się gwałtownie od silnych boleści, silnej agitacji chorego, wymiotów.

Badanie krwi nie wykazuje żadnych zmian morfologicznych, żadnej anomalji co do krzepliwości krwi etc.; poza możliwością zapalenia woreczka żółciowego, nasuwają się trzy hypotezy; kolka nerkowa jednostronna, wrzód dwunastnicy, wiąd rdzenia. Cechy wspólne; ból lędźwiowy, prawostronny, nagły, intensywny, możliwość wymiotów. Cechy odmiene: promieniowanie bólu przy kolce nerkowej do dołu, do pachwiny, do organów płciowych, podczas gdy przy cholecystitis — do łopatki; następnie przy kolce nerkowej mamy punkty uciskowe bolesne: żebrowo-kręgowy, żebrowo-mięśniowy, moczowodowy górny, średni i dolny; pozatem brak bywa gorączki, występują zaburzenia w oddawaniu moczu, anurja, dyzurja, podczas napadu często krwiomocz.

Przy cholecystitis i ulcus duodeni — cechy wspólne: przy wrzodzie dwunastnicy napad wybucha w trzy i więcej godzin po jedzeniu, mniej więcej jak i przy kolce wątrobianej.

W obydwu tych procesach mamy sensację pieczenia, bywają bóle zwykle prawostronne pomiędzy pępkiem i łukiem żebrowym.

W ulcus dnodeni i w cholecystitis cała przestrzeń podwątrobowa jest bolesna

Dr. Med. STANISŁAW RYCHTER

„Sodismus"

Szkodliwy nałóg używania sody.

Nałogiem nazywamy bezwzględną potrzebę, nie przyrodzoną, ale nabytą, pozostałą z przyzwyczajenia i stale zwiększającą się z postępem czasu. Ta sztuczna, albo fałszywa potrzeba częstokroć staje się dotkliwszą od przyrodzonych, czyli niezbędnych dla życia i nierzadko zaspakaja się z uszczerbkiem drugich, doprowadzając prędzej czy później, organizm do bankructwa.

Gdy nieodzowne potrzeby życia dają się zamknąć w bardzo szczupłych ramkach, to właściwie w pokarmie, wodzie, słońcu i powietrzu, to sztuczne albo nałogi są znacznie liczniejsze, a jak pierwsze niezbędne, tak drugie zawsze przynoszą uszczerbek zdrowiu.

Jedne z nich podkopują zdrowie powolnie, podstępnie, inne szybko i gwałtownie, ale koniec końców zawsze uczynią swoje, gdyż wywołują pewne zboczenia fizjologiczne, dające początek wielu ciężkim chorobom.

Do najbardziej rozpowszechnionych nałogów należy: palenie makowca, albo opium, palenie tytuniu, pijaństwo, narkotyzacja morfiną i kokainą, nałogowe karciarstwo i w ostatnich czasach coraz więcej objawiające się nałogowe zażywanie sody.

Każdy z tych nałogów w inny sposób nadwyręża i podkopuje organizm, osłabia przedewszystkiem odporność przeciw rozwojowi różnych chorob, albo też jest ich bezpośrednią przyczyną, więc wprost, czy też pośrednio skraca nasze życie, które przecież staramy się wszelkiemi sposobami przedłużyć. Niestety myślimy o tem dopiero wtedy, kiedy ono chyli się do zmierzchu, a gdy nałóg sprowadza gwałtowne zaburzenia i wytrąca system nerwowy z równowagi, częstokroć nić żywota przecina samobójstwo.

Palacze opium bardzo szybko stają się nieuleczalnymi nałogowcami, zatracają zupełnie wolę, niedołężnieją i idjocieją w krótkim czasie. Nieszczęśliwych ofiar tego nałogu najwięcej posiada Wschód, kraje zaś europejskie bronią się przeciw tej pladze wszelkimi sposobami i jak dotąd z zupełnem powodzeniem.

Podczas wojny światowej i parę lat po wyswobodzeniu się Polski mieliśmy papierosy i tytuń z dodatkiem opium. Wypalenie takiego papierosa powodowało zawrót głowy. Dowożone do nas amerykańskie tytunie zwykle zawierają opium, więc oprócz nikotyny znajduje się w nich jeszcze jedna trucizna.

Ogromnie rozpowszechnione narkotyzowanie się morfiną i kokainą pomimo kontroli państwowej nad dowozem i zużyciem tych narkotyków nie zmniejsza się bynajmniej, gdyż powyższe trucizny dostają się do nas przez t.zw. zieloną granicę, to jest drogą kontrabandy i potajemnie sprzedawane są nałogowcom przez składziki żydowskie, z olbrzymim na nich zarobkiem, a konsument bojąc się utracić miejsca nabycia szczerze dochowywa sekretu.

Palenie tytuniu jest nałogiem połowy ludności, gdyż o ile nie palą niektórzy mężczyźni, to nałóg ten coraz więcej rozpowszechnia się między kobietami, przeważnie w miastach. Nikotyna z papierosów, cygar i fajek wyraźnie odbija się na zdrowiu palaczy, sprzyja rozwojowi sklerozy, działa przytępiająco na umysł, oraz ujemnie na serce, nerwy i trawienie.

Naturalnie tytuń, szczególniej lekki, nie jest taką zabójczą trucizną, jak opium, morfina i kokaina, nie rujnuje w takiem szybkiem tempie zdrowia, jednakże na zdrowiu zostawia swoje piętno.

Gdy palacz opium, morfinista i kokainista zatracają zupełnie wolę i panowanie nad sobą, nałogów swych pozbyć się nie mogą i przeciwnie brną w nich coraz dalej, to nałogowi palacze tytuniu bardzo często rzucają palenie. Częstokroć wystarcza tutaj wpływ jakiejś osoby dla nas drogiej,

postanowienie, zmiana warunków życia, otoczenia, a bardzo często zawziętość powodowana podniesieniem akcyzy na tytuń.

Dziwnym, a niemniej szkodliwym nałogiem, chociaż bez narkotyków jest nałogowe karciarstwo. Znając i obserwując karciarzy zauważymy u nich znaczną różnicę przy porównaniu z ludźmi wolnymi od tego nałogu. Ludzie ci traktują wszystko jak rzecz dodatkową w życiu, niezdolni są w nic włożyć swej duszy, nic ich nie zajmuje, nie bawi, przeciwnie wszystko nudzi, zniechęca, usypia za wyjątkiem kart, dających im jedną, jedyną emocję. Zdolni są tacy ludzie grać bez przerwy kilkanaście godzin, dobę, nawet dwie, przy nadzwyczajnem napięciu nerwów i wzmożonem tętnie serca, nie uczuwając głodu, ani senności. Zwykle towarzyszy temu bezustanne palenie, a często i wódka, dopiero zgranie się części partnerów i upadek sił stanowią zakończenie. Zazwyczaj po takiem długiem i wytężonem napięciu nerwów następuje zupełny rozstrój, bezsenność, zanik zupełny zdolności myślenia. Są wypadki, że podczas takiej wytężonej i długotrwałej czynności nerwów i serca następuje gwałtowny paraliż, albo pomieszanie zmysłów.

Szkodliwym nałogiem, na który najmniej zwrócono uwagi, a niezmiernie szkodliwym dla zdrowia jest manja zażywania dwuwęglanu sodu. Zaczyna się to bardzo niewinnie, lecz stopniowo rozwija, potęguje, wreszcie przechodzi w nałóg.

Ktoś się przeje, przepije, uczuwa parcie w dołku, zgagę, jakieś ssanie, pełność, odbijanie. Radzą mu wówczas: napij się sody i soda rzeczywiście przynosi ulgę. Powtarza się to przy każdej potrzebie, coraz częściej, z początku w małych bardzo ilościach, lecz w miarę przyzwyczajenia się dawkę trzeba zwiększać, gdyż drobne nie wywołują efektu.

Ponieważ objawy następujące po przejedzeniu pochodzą z fałszywej fermentacji w żołądku, braku odpowiedniej ilości trawiącego soku w stosunku do nadmiernie nagromadzonego pokarmu, leżenia go bez możności natychmiastowej przeróbki i w wysokiej temperaturze, podlegającego kwaśnieniu, albo przepełnieniu materjałem dającym fermentację octową, błotną i t. p. — przeto wywiązują się gazy prące na ściankę żołądka, a tem samem i na otaczające organy. Odbijanie stanowi ujście tych gazów.

Wypicie sody przerywa, lub wstrzymuje fałszywą fermentację, przez co właściwy trawiący sok żołądkowy ma czas i możność z nadmiernie nagromadzonym materjałem załatwić się w sposób normalny.

Z powodu częstego i w dużych ilościach używania sody, która również zobojętnia i potrzebny sok, albo kwas żołądkowy, ten ostatni zaczyna wywiązywać się w mniejszej ilości przeto biorą większą nad nim przewagę kwasy fałszywe, utrudniające coraz bardziej trawienie.

Gdy normalny proces trawienia zanika, a fałszywa fermentacja się

wzmaga, objawy zmuszające do zażycia sody występują wreszcie po każdem jedzeniu, a wtedy w całej pełni rozwija się „sodismus“ — nałóg sodowy.

Palacz, morfinista, kokainista i sodista odczuwają jednakowe pragnienie zaspokojenia swych nałogów, jak pierwsi bez tytoniu i narkotyków niemogą znaleźć sobie miejsca, tak również sodzista bez sody obejść się nie może i napotkana apteka, lub drogerja przypominają mu potrzebę nabycia sody.

Początek zażywania sody zaczyna się od wielkości grochu, później fasoli, następnie orzecha laskowego, tureckiego, włoskiego, wreszcie sodzista pakuje w siebie proszek garściami.

Jakie są tego następstwa?

Dwuwęglan sody, właściwie sodu przedstawia sól powstałą z połączenia metalu sodu i kwasu węglowego z reakcją silnie alkaliczną, t. j. nautralizującą, albo zobojętniającą kwasy. Oprócz powyższej własności soda rozmiękcza i zgryza tkanki organizmu, zatem szkodliwie działa na błony śluzowe, kanału przełykowego i na same ścianki żołądka, przeto przy dłuższem i nadmiernem użyciu staje się przyczyną wielu chorób, z tego źródła mogących wziąć początek.

Zbyt małe wytwarzanie przez żołądek trawiącego soku, a nadmierne wytwarzanie się kwasów, może tylko na razie i to do pewnego czasu przynosić ulgę przez użycie sody, ale ta ostatnia za racjonalny lek w danym wypadku służyć nie może, bo właściwie tylko rozwija i potęguje zboczenie.

Soda musi być tutaj wykluczona, a właściwie należy pobudzić żołądek do wytwarzania większej ilości trawiącego soku.

Zadanie to spełnić mogą jedynie rośliny, umiejętnie dobrane w odpowiednich ziółkach.

Zestawienie roślin polega na tem, aby działały jednocześnie na wątrobę, żołądek i kiszki pobudzająco t j., aby wzmagały czynności tych organów trawienia, a przytem przyjmowane w postaci naparu, czy odwaru w większej ilości wody, nagromadzonej w żołądku pokarmu i wywiązujący się kwas fałszywy, rozcieńczały i rozrzedzały. Pokarm rozrzedzony łatwiej podlega wpływowi soku żołądkowego i szybciej jest trawiony, a zatem nie może tak łatwo podlegać fałszywej fermentacji.

Niżej podaję parę wzorów kompozycji ziołowych, które powinno się używać po każdem jedzeniu, albo też tylko zamiast potrzeby zużycia sody.

1) Herb.	Cnici benedicti conc	— 15,0	(Ziele	czubka bened.).
„	Millefolii „	— 35,0	(„	krwawnika).
„	Centaur minor „	— 30,0	(„	tysiącznika).
Rhiz.	Calami aromat „	— 20,0	(kłąb	tatarakowy).

zmieszać razem. Łyżeczkę od herbaty naparzyć szklanką wrzątku, nakryć dobrze, a gdy przestygnie wypić po przecedzeniu.

2) Flor. Chamomillae rom. conc — 20,0 (rumianek rzymski)
Herb. Menyanthis trifol „ — 50,0 (trójliść).
„ Absynthii „ — 10,0 (piołun).
Rad. Angelicae „ — 20,0 (korzeń dzięglu).
zmieszać razem i używać, jak wyżej wskazane.

3) Cort. Aurantior conc — 15,0 (Skórki pomarańczowe)
Flor. Millefolii „ — 20,0 (korzeń krwawnika).
Herb. Cnici benedicti „ — 20,0 (czubek benedykt.).
Flor. Pruni spinosae „ — 20,0 (korzeń cierniowy).
Rad. Taraxaci „ — 25,0 (korzeń brodawnika).
zmieszać razem i używać, jak wyżej wskazane.

4) Cort. Spinae cerv. conc. — 20,0 (Kora szabłakowa).
Strob. Supuci „ — 10,0 (Szyszki chmielowe).
Hb. Centauri min. „ — 50,0 (Centurja).
Fol. Menthae pip. angl. „ — 20,0 (Mięta pieprzna angielską)
zmieszać razem i używać jak wyżej wskazane.

5) Herb. Fumariae conc. — 15,0 (Dymnica pospolita).
„ Centaurii „ — 30,0 (Centurja).
Rad. Taraxaci „ — 20,0 (Korzeń brodawnika)
„ Angelicae „ — 15,0 (Korz. dzięglu lekars.).
Fruct. Aurantiae immatur „ — 20,0 (Niedojrzałe pomarańczki).
zmieszać razem i używać jak wyżej wskazane.

Gdy fałszywej fermentacji towarzyszy jeszcze chroniczne zaparcie, wówczas na noc, już do snu, użyć można odwaru z kory kruszyny, przygotowanego z łyżeczki od herbaty, aż do dwóch łyżeczek (stosownie do potrzeby) na $^1/_2$ szklanki wody.

Kora kruszyny (Rhamnus Frangula) powinna po zdjęciu z krzewu przeleżeć dwa lata i taką tylko apteki sprzedają.

Dla wyleczenia się z chronicznego zaparcia należy korę kruszyny pić w odwarze codziennie i o jednej godzinie, wówczas organizm przyzwyczai się do regularnych wypróżnień.

Zamiast oddzielnego przyjmowania kory kruszyny można wmieszać jednego z wyżej wymienionych pięciu gatunków ziółek, przyjmować niżej podane:

Cort. Frangulae min. conc. — 30,0.
Herb. Palygoni avic. „ — 140,0.
„ Centaur minor „ — 50,0.
Rhiz. Calami „ — 15,0.
Rad. Angelicae „ — 15,0.

zmieszać; naparzać przez $^1/_2$ godziny łyżkę stołową na szklankę, przecedzić i pić po takiej dozie dwa razy dziennie (po obiedzie i na noc).

Ruch Związkowy.

ODDZIAŁ RADOMSKI.

C. Z. F. R. P. zawiadamia swoich członków, że dnia 8 stycznia o godz. 8 wiecz. odbędzie się w mieszkaniu kol. E. Frajdasa, Rwańska 23, ogólne roczne zebranie Związku z udziałem przedstawicieli Zarządu Głównego z następującym porządkiem dziennym:

1) Sprawozdanie z działalności
2) Sprawozdanie kasowe
3) Wybory nowego zarządu.

Wrazie nie przybycia odpowiedniej ilości członków, zebranie to odbędzie się o 10 w., ważne przy każdej ilości członków.

ZARZĄD ODDZIAŁU w LUBLINIE.

Niniejszym zawiadamia pp. Członków, że w dniu 8 stycznia (niedziela) 1928 roku w I terminie o godzinie 14, w II terminie o godzinie 15 tegoż dnia odbędzie się Doroczne Zebranie Ogólne Członków Oddziału C. Z. F. R. P. w Lublinie z następującym porządkiem dziennym:

1) Zagajenie posiedzenia.
2) Wybór przewodniczącego.
3) Odczytanie protokułu z Dorocznego Zebrania r. ub.
4) Sprawozdanie z działalności Oddziału za rok ub.
5) Sprawozdanie kasowe za rok ubiegły.
6) Wybory Zarządu.
7) Rozpatrzenie i uchwalenie budżetu na rok bieżący i umożliwienie spełnienia członkowskich zobowiązań.
8) Wybory Delegatów na Zjazd Delegatów do Warszawy.
9) Sprawa memorjału do pana Ministra Skarbu o opłatach podatkowych.
10) Wolne wnioski (wolne wnioski winne być zgłaszane na piśmie Zarządowi na dwa tygodnie przed Ogólnem Zebraniem).

Uwaga. W obradach biorą udział zaproszeni pp. przedstaw. Głównego Zarządu w osobach kol. kol. Wągrowskiego, Salamona, Galuby i Krawczyka.

Zarząd Oddziału prosi Szanownych Kolegów o obowiązkowe przybycie wobec ważności spraw. Wyznaczony II termin nie bacząc na liczbę członków jest prawomocny. Koledzy proszeni są o zawiadomienie i nie członków o przybycie na obrady.

OFIARY

Lublin — Na samolot do Nr. 11 „Przeglądu Felczerskiego".

Kol. Wągrowski 5 zł., kol. Nowak 2 zł., kol. Biberklajd 4 zł., kol. Barszczewski 1 zł., kol. Zieliński 25 zł., kol. Mazurek 4 zł., kol. Woźnicki 4 zł. i kol. Bednarski 5 zł.

Na powodzian.

Kol. Nowak 2 zł., kol. Barszczewski 2 zł., kol. Biberklajd 4 zł., kol. Zieliński 10 zł., kol. Woźnicki 4 zł.

Na pomnik Berka Joselewicza.

Kol. Nowak 1 zł., kol. Barszczewski, kol. Biberklajd 4 zł. i kol. Bednarski 5 zł.

Regulujcie zaległości

za prenumeratę

gdyż wysyłkę pisma wstrzymamy

WPŁACAJCIE PRENUMERATĘ

za kwartał IV 1927 roku.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.